L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique

Christelle Maillart & Nancy Durieux.

Université de Liège

Adresse pour correspondance :

Christelle Maillart
Professeur
Université de Liège
Unité de Logopédie Clinique
B38, rue de l'aunaie, 30
4000 Liège
Belgique
Christelle.maillart@ulg.ac.be

Nancy Durieux
Responsable scientifique à la Bibliothèque des Sciences de la Vie et doctorante en sciences médicales
Université de Liège
Bibliothèque des Sciences de la Vie
Avenue de l'Hôpital, Bât. B35
4000 Liège
Belgique
Nancy.Durieux@ulg.ac.be

Résumé

La démarche *evidence-based practice (EBP)* littéralement « pratique basée sur des preuves », a pour objectif d'aider le clinicien à optimiser ses choix thérapeutiques en s'appuyant sur des données objectives issues de la recherche tout en tenant compte de la situation clinique. Néanmoins, la méthodologie complète de récolte et d'analyse des données est complexe et chronophage, ce qui est un frein réel pour son application en clinique. Pour remédier à cela, des synthèses scientifiquement motivées, appelées des recommandations de pratique clinique (RPC) ou *guidelines*, se développent et jouent alors un rôle essentiel pour l'actualisation des connaissances des professionnels. Cet article s'intéresse particulièrement aux recommandations pour la pratique clinique et au rôle qu'elles peuvent jouer dans la sensibilisation des cliniciens au recours à une démarche EBP.

Mots clés :
Pratique fondée sur des données probantes - orthophonie – recommandation pour la pratique clinique (RPC) – données probantes

Keywords :
evidence-based practice – speech-therapy – guidelines - evidence

Introduction

En 2009, le comité permanent de liaison des orthophonistes-logopèdes de l'union européenne (CPLOL) a adopté un cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie qui comprend quatre principes éthiques de base : 1) respecter l'autonomie et la dignité des individus, 2) agir d'une façon à apporter un bénéfice aux individus et à améliorer leur qualité de vie, 3) éviter de faire la moindre chose qui pourrait porter préjudice aux individus, 4) agir de façon équitable et juste envers les individus et la société. Ces principes s'accompagnent d'un ensemble de devoirs éthiques envers les patients. Parmi lesquels, on retrouve le fait d'agir au sein des limites de ses propres connaissances, de donner des conseils ou des avis professionnels honnêtes et bien fondés ou de baser ses actions sur des preuves scientifiques et des consensus professionnels.

L'orthophoniste doit pouvoir justifier la pertinence de ses décisions thérapeutiques et de ses actes professionnels. Cette obligation s'accompagne inévitablement d'une question : comment, face à la multiplication des études publiées et avec peu de temps disponible, parvenir à vérifier le bien-fondé de chaque décision ou, plus simplement, parvenir à intégrer les nouvelles données scientifiques ? La démarche *evidence-based practice*, littéralement « pratique basée sur des preuves », tente d'aider le clinicien à répondre à cette question. En suivant une méthodologie décomposée en étapes clés (Straus et al., 2011), le praticien est amené successivement 1) à transformer son besoin d'information en question clinique claire, 2) à localiser les meilleures données disponibles pour répondre à cette question, 3) à évaluer ces données de manière critique, 4) à combiner cette évaluation avec sa compétence clinique et les caractéristiques individuelles du patient, ses valeurs et sa situation et enfin 5) à évaluer l'efficacité de la décision clinique. Cette approche, aussi intéressante qu'elle soit, peut s'avérer lourde à mettre en place et chronophage. Ainsi, même s'il est important que le clinicien soit capable de réaliser seul l'intégralité de cette démarche et qu'il y soit formé (la formation initiale joue un rôle déterminant), il est intéressant aussi qu'il puisse avoir accès facilement à des synthèses scientifiques motivées lui permettant de traiter rapidement une question clinique. Les recommandations cliniques, ou *guidelines*, jouent alors un rôle essentiel pour l'actualisation des connaissances des professionnels.

Cet article s'intéressera particulièrement aux recommandations pour la pratique clinique et au rôle qu'elles peuvent jouer dans la sensibilisation des cliniciens à l'implémentation d'une démarche EBP.

L'*evidence-based practice*

Les preuves de la recherche

L'*evidence-based medicine* (EBM), littéralement « médecine basée sur des preuves », recommande aux cliniciens d'exploiter les données les plus fiables issues de la recherche scientifique (« preuves ») pour une prise en charge personnalisée des patients (Sackett et al., 1996). Au cœur de cette approche se retrouvent la recherche scientifique, le clinicien et le patient. Les principes de l'EBM ont été appliqués dans

d'autres disciplines que la médecine, notamment en orthophonie (American-Speech-Hearing Association, 2005). Il est alors question d'*evidence-based practice* (EBP).

Le clinicien devrait recourir aux meilleures données actuelles afin d'optimiser ses prises de décisions. Toutes les publications scientifiques n'étant pas de qualité équivalente, la hiérarchisation des « preuves » est dès lors une notion importante en EBP (Guyatt et al., 2008). Elle représente le degré de confiance à accorder à une information en fonction de la manière dont les données ont été récoltées et traitées (Greenhalgh, 2010 ; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011). Pour les questions relatives aux effets d'une intervention, les deux schémas d'études *(study designs)* considérés en théorie comme susceptibles de fournir les meilleures « preuves » sont (i) les essais contrôlés randomisés (en anglais, *randomized controlled trials* par la suite : RCT) car ils comparent un groupe de personnes recevant un traitement à un groupe ne recevant pas ce traitement (van Driel et Chevalier, 2008) et ils sont conçus de manière à maîtriser un maximum de variables influençant la qualité et l'interprétation des résultats et (ii) les synthèses méthodiques (en anglais, *systematic reviews*) de RCT puisqu'elles rassemblent les données de plusieurs RCT. Dans la démarche EBP, il est ainsi recommandé de sélectionner les publications scientifiques susceptibles de fournir les meilleures « preuves » et de les évaluer de manière critique avant toute application des résultats dans la pratique clinique (Straus et al., 2011 ; Durieux et al., 2013).

Les preuves de la clinique

De façon complémentaire, le clinicien devrait également évaluer lui-même l'efficacité des actes thérapeutiques qu'il pratique. A cette fin, différentes informations liées au traitement, nommées les « ingrédients actifs », doivent être détaillées. Cela comprend la nature de l'intervention choisie, durée, la fréquence du traitement ou les difficultés observées lors de la mise en œuvre du plan d'intervention. Cette étape facilitera la comparaison avec d'autres patients. Parallèlement, des mesures pré et post-traitement sont récoltées puis analysées. Plusieurs alternatives concernant le choix de la mesure sont possibles (Olswang & Bain, 1994). Le clinicien peut travailler selon une méthodologie test-retest en proposant un bilan identique à différents moments de son intervention (bilan initial avant la prise en charge, puis bilan d'évolution en cours de prise en charge). Les mesures recueillies sont alors comparées à des normes, aux différents moments de l'évaluation. Une alternative consiste à utiliser des mesures critériées (un seuil à atteindre) ou à la méthodologie des lignes de base. Il s'agira dans ce cas de construire au cas par cas des mesures ciblées sur l'intervention. Les performances du patient sont évaluées en début d'intervention sur un aspect très ciblé du traitement puis réévaluées à l'aide du même matériel après un certain nombre de séances. Récolter de telles données permet de nourrir la réflexion du thérapeute sur sa pratique et d'objectiver (ou non !) l'efficacité des traitements mis en place.

Par analogie à *l'evidence-based practice*, l'ensemble de ces données issues de la clinique est parfois appelé *practice-based evidence* (preuve basée sur la pratique). Cette notion regroupe différents composants : i) l'expérience personnelle du clinicien et ses connaissances théoriques -lui permettant de faire les choix pratiques les plus appropriés-, ii) la pratique réflexive -les connaissances issues de la pratique-, iii) l'évaluation de sa pratique. Si certains opposent les deux approches, d'autres font remarquer à juste titre qu'il s'agit de deux niveaux d'analyse différents mais

complémentaires. Les preuves issues de la recherche offrent une vue d'ensemble complète et cohérente d'une problématique mais parfois trop générale pour être adaptée à un patient particulier. Au contraire, l'expertise issue de la clinique permet de s'ajuster à un patient spécifique. Sackett et al. (1996, p. 71) définissent ainsi l'expertise des cliniciens comme « l'habilité à utiliser les aptitudes cliniques et l'expérience passée pour identifier rapidement l'état de santé spécifique à chaque patient, son diagnostic, ses bénéfices ou risques potentiels liés à une intervention en fonction des attentes et de ses valeurs ».

Les recommandations pour la pratique clinique

Définition(s)

Les termes internationaux *clinical practice guidelines* ou *clinical guidelines* ont plusieurs équivalents en langue française : recommandations de bonnes pratiques (RBP), guide de pratique clinique (GPC) ou encore recommandations pour la pratique clinique (RPC). Ce dernier sera utilisé dans cet article. Les RPC ont été définies en 1990 par l'Institute of Medicine of the National Academies (IOM) comme « des propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions cliniques appropriées dans des circonstances spécifiques » (IOM, 2011, p.8).

Etant donné la qualité variable des RPC développées au cours des 20 dernières années et leurs différentes formes, une nouvelle définition a été proposée en 2011 par l'IOM, mettant ainsi l'accent la nécessité de développer et de se fier à des RPC fiables, c'est-à-dire à des *evidence-based guidelines* : les RPC sont alors définies comme « des propositions qui incluent des recommandations particulières destinées à optimiser les soins d'un patient, elles doivent s'appuyer sur une synthèse méthodique des données issues de la recherche scientifique et mentionner les avantages et les inconvénients des options alternatives de soins » (p. 4). L'IOM (2011) relève que même s'il n'existe pas ou peu de données probantes issues de la recherche scientifique dans beaucoup de domaines cliniques, le développement de RPC doit se faire en respectant des critères de qualité concernant les points suivants (p. 5-9) :

- transparence du processus de développement et du financement
- gestion des conflits d'intérêt
- composition du groupe responsable de l'élaboration de la RPC
- lien entre le processus de développement de la synthèse méthodique de la littérature et celui de la RPC
- évaluation de la force de chacune des recommandations particulières
- articulation des recommandations précises afin d'élaborer la RPC
- relecture par des examinateurs externes
- mise à jour

Le développement d'une RPC comprend plusieurs étapes (Institute of Medicine of the National Acamedies, 2011) : les premières étapes sont la formulation d'un problème clinique puis la réalisation d'une synthèse méthodique de la littérature afin de trouver les données probantes ; suivra un processus qui permettra d'élaborer des recommandations cliniques en fonction de la qualité et de la quantité des données

probantes, des patients et des utilisateurs cibles de la RPC devront être consultés à cette étape afin que leurs avis et préférences puissent être pris en compte ; le raisonnement qui sous-tend chacune des recommandations particulières devra être expliqué et une note représentant le niveau de confiance à accorder à la recommandation devra lui être attribuée ; ces recommandations particulières seront ensuite assemblées afin d'élaborer la RPC et celle-ci devra être relue par des personnes extérieures avant d'être publiée.

Les RPC ont donc pour objectif d'aider les professionnels des soins de santé et les patients à prendre les meilleures décisions cliniques. Mais elles ont également pour objectif de réduire les variations dans les pratiques professionnelles et à améliorer la situation des patients (Hoffman et Bucham, 2013).

Localisation : où les trouver ?

Plusieurs ressources peuvent être consultées. Ci-dessous une liste non exhaustive de ressources électroniques (en accès gratuit) :

Ressources répertoriées par des orthophonistes

- Compendium of EBP Guidelines and Systematic Reviews, American-Speech-Language-hearing Association (ASHA),http://www.asha.org/members/ebp/compendium/
  Sélection de RPC et de synthèses méthodiques de la littérature par l'équipe de l'*ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*

- CPLOL evidence-based practice resources,
  http://www.cplol.eu/
  Sélection de RPC par le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne

Ressources non spécifiques à l'orthophonie

- Base de données de RPC développée par la Haute Autorité de Santé (France),
  http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249693/fr/piliers

- National Guidelines Clearinghouse (USA),
  http://www.guideline.gov/
  Base de données contenant des RPC et maintenue par *l'Agency for Healthcare Research and* Quality, U*.S. Department of Health and Human Services*

- Clinical Practice Guidelines Portal (Australia),
  http://www.clinicalguidelines.gov.au/
  Portail d'accès à des RPC devéloppé par le *National Institute of Clinical Research,* dépendant du *National Health and Medical Research Council* en Australie

- National Health Service (NHS) Evidence (UK),
  http://www.evidence.nhs.uk

Base de donnée gérée par le *UK's National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) et contenant un grand nombre de ressources, dont des RPC

- International Guideline Library,
  http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library
  Ressource développée par le *Guidelines International Network* (G-I-N)

- Medline/PubMed,
  http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
  Bases de données bibliographiques produite par la U.S. National Library of Medicine (contenu : des références de divers types de publication scientifique, dont des RPC)

- TRIP - Turning Research Into Practice,
  www.tripdatabase.com
  Moteur de recherche spécialisé dans le domaine des soins de santé

- Recommandations cliniques en réadaptation,
  http://www.health.uottawa.ca/rehabguidelines/fr/login.php
  Répertoire de RPC dans le domaine de la réadaptation qui est subventionné par le Centre de pédagogie universitaire de l'Université d'Ottawa et par le Centre national de formation en santé

Même si pour certaines ressources, la majorité des RPC concernent la pratique médicale, un grand nombre d'entre elles sont pertinentes pour les orthophonistes (Dollaghan, 2007).

Evaluation des RPC

Les bénéfices de l'utilisation des RPC sont directement dépendants de la qualité de leur élaboration : plus la méthodologie ayant permis leur développement est rigoureuse, plus les bénéfices escompés seront importants. Partant de ce principe, force est d'admettre que toutes les RPC ne se valent pas et qu'un élément essentiel sera l'évaluation de leur qualité. Pour ce faire, le clinicien peut recourir à la grille d'évaluation AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*), qui a été élaborée pour s'attaquer au problème de la variabilité de la qualité des RPC et qui est reconnue au niveau international. Cette grille, initialement publiée en 2003, a été améliorée quelques années plus tard (Brouwers et al., 2010) : cette nouvelle version, AGREE II, peut être téléchargée gratuitement sur le site web de l'AGREE Reseach Trust (www.agreetrust.org). À noter qu'AGREE II a été traduite en français, qu'elle est accompagnée d'un manuel d'utilisation et que deux tutoriels et des exercices ont été développés pour aider les professionnels à utiliser AGREE II. Cette grille sert à évaluer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'élaboration des RPC. Mais l'AGREE ne se contente pas de ce seul objectif : l'outil permet également d'élaborer une stratégie méthodologique pour l'élaboration des RPC et de déterminer quelle information intégrer dans les RPC et comment s'y prendre pour le faire.

Concrètement, la grille AGREE II se compose de 23 items organisés en six domaines : (i) champ et objectif, (ii) participation des groupes concernés, (iii) rigueur d'élaboration, (iv) clarté et présentation, (v) applicabilité et (vi) indépendance éditoriale. Les items doivent être évalués sur une échelle en 7 points (allant de 1 = fortement en désaccord à 7 = fortement en accord). Un score de qualité peut ainsi être calculé pour chacun des domaines. La grille se termine par deux items permettant d'évaluer la qualité générale de la RPC (sur une échelle en 7 points) et de déterminer si l'utilisation de RPC est recommandée ou non.

Utilisation et limites

Comme cela a déjà été mentionné, rester informé des progrès de la recherche scientifique peut s'avérer difficile étant donné la profusion de l'information scientifique. Les RPC peuvent dès lors s'avérer des sources précieuses d'information. Les RPC basées sur des données probantes ont la particularité de prendre en compte les trois éléments qui sont au cœur de la démarche EBP, à savoir les données de la recherche scientifique, l'expertise clinique ainsi que les valeurs et préférences des patients. À noter que les RPC ne répondent pas à toutes les incertitudes qui peuvent se poser dans la pratique professionnelle et qu'elles doivent être considérées comme des « guides » qui viennent compléter d'autres sources conçues pour aider le professionnel dans ses prises de décisions cliniques pour un patient en particulier (Hoffmann et Buchan, 2013). Il revient ainsi au clinicien de savoir si son patient répond aux mêmes critères que la population visée par la RPC, si le contexte de soins de santé permet l'application des recommandations faites et si la RPC rencontre les valeurs et préférences du patient pour lequel une décision clinique doit être prise (Hoffmann et Buchan, 2013).

Le développement de RPC prend du temps et il est dès lors possible que les preuves utilisées pour appuyer les recommandations ne soient plus les plus actuelles au moment où la RPC est publiée (Hoffmann et Buchan, 2013). Le cas échéant, la RPC doit être réexaminée et révisée si les nouvelles « preuves » sont importantes et justifient la modification de la RPC (Institute of Medicine of the National Academies, 2011). Le recours à des experts est important pour optimiser la qualité de la RPC, néanmoins leurs conflits d'intérêt potentiels, qu'ils soient financiers ou intellectuels, ne doivent pas influencer les recommandations particulières qui sont faites dans la RPC (Guyatt et al, 2010). Beaucoup de RPC ne mentionnent pas les conflits d'intérêt potentiels ni la manière dont ils ont été gérés (Hoffmann et Buchan, 2013).

Illustration

Pour mieux comprendre l'intérêt des RPC, partons d'une situation clinique concrète. Vous recevez une demande de prise en charge pour un jeune patient de 2 ans présentant un syndrome de Down. Ayant peu fréquemment ce type de demande et soucieux d'offrir à votre jeune patient la meilleure prise en charge possible, vous décidez de comparer votre plan d'intervention aux recommandations internationales. Grâce au site web de l'ASHA, vous trouvez rapidement une RPC, intitulée « *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Down Syndrome, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0–3 Years) »,* qui correspond à vos attentes, même si elle date de

2006 et qu'elle a été réalisée aux Etats-Unis[1] Par ailleurs, l'équipe de l'*ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders* (N-CEP) précise qu'elle a évalué cette RPC selon la grille AGREE II et qu'elle est « hautement recommandée », ce qui vous incite à en entamer la lecture.

Cette RPC est très complète et destinée à différents professionnels (médecins, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.) et aux familles. Comme orthophoniste, vous serez particulièrement attentif aux recommandations liées à l'évaluation et à la gestion de la communication, de la cognition, des relations sociales, de l'alimentation et de l'audition. Cette RPC a été réalisée en appliquant la méthodologie recommandée par l'*Agency for Health Care Policy and Research (*AHCPR) : un panel multidisciplinaire d'experts du domaine composé de cliniciens mais aussi de parents d'enfants porteurs d'un syndrome de Down ont participé à un groupe de travail qui a examiné les données de la recherche disponibles afin de développer des recommandations de pratique. La qualité des recommandations est clairement mentionnée : les recommandations sont classifiées comme A, B, C, D1 ou D2. Les recommandations de niveau A peuvent être considérées comme basées sur des « preuves solides », de haut niveau de preuve, venant d'au moins deux études d'efficacité. Le niveau B est attribué à des recommandations considérées comme issues de « preuves modérées », venant d'une seule étude de haute qualité. Les recommandations de niveau C sont étayées par des « preuves limitées » issues d'études de qualité modérée ou moins directement applicable à la thématique. Les niveaux D1 et D2 sont des recommandations fondées sur un consensus entre les personnes participant au développement de la RPC et non fondées sur des « preuves », soit parce qu'une synthèse méthodique de la littérature n'a trouvé aucune « preuve » (niveau D1) soit parce qu'aucune synthèse méthodique n'a encore été réalisée (niveau D2). Les recommandations de cette catégorie pourront donc être reclassifiées dans des révisions ultérieures de la RPC lorsque des « preuves » seront disponibles. Cette dernière remarque met en évidence l'importance d'une révision régulière des recommandations afin d'être le plus au fait des dernières recherches dans le domaine. En complément aux études d'efficacité, les auteurs de la RPC ont relevé la littérature descriptive donnant des informations plus précises sur la pathologie. Ces études sont reprises sous le label « *Cdc* ».

A la lecture du document, force est de constater que très peu de recommandations bénéficient du niveau A. La grande majorité des recommandations sont étiquetées comme étant de niveau D2, ce qui montre l'importance de continuer à développer la recherche dans des domaines plus cliniques. A titre d'exemple, voici quelques recommandations choisies (le lecteur est renvoyé à la RPC complète pour plus de détails, notamment concernant les références des « preuves » étayant chacune des recommandations) :

[1] New York State Department of Health, Early Intervention Program; U.S. Department of Education **Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Down Syndrome, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0–3 Years).** New York State Department of Health, Early Intervention Program. (2006). *Albany (NY): NYS Department of Health, Publication No. 4959, 292 pages.*

- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement moteur : n°27, p. 136.* Pour les enfants de 4 à 12 mois, l'utilisation d'échelles normées du développement moteur, comme le *Peabody Developmental Motor Scales*, peut être utile pour évaluer les aptitudes fonctionnelles motrices des jeunes enfants porteurs d'un syndrome de Down. [A]

- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif : n°1, p. 125.* Il est important de rappeler qu'aucune intervention orthophonique n'est la meilleure pour tous les enfants porteurs d'un syndrome de Down. Comme pour toutes les prises en charge, il est recommandé que la nature et la fréquence/intensité de l'intervention orthophonique proposée pour un jeune enfant porteur du syndrome de Down soient basées sur une évaluation du développement global de l'enfant (incluant tous les domaines) et sur les ressources et besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille. [D2]

- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif : n°2, p. 125.* Il est recommandé qu'une intervention sur la communication (ex. stimulation oro-motrice, guidance parentale) soit mise en place rapidement après la naissance car la plupart des enfants porteurs d'un syndrome de Down présente un retard communicatif précoce incluant la vocalisation (babillage), la parole et le langage. [C]

- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif : n°13, p. 128.* Il est recommandé que les composants de l'intervention précoce incluent 1) des interactions directes entre les parents et leur enfant, 2) une observation du parent et de son enfant suivie d'un feed-back, 3) suffisamment de supports verbaux ou écrits pour permettre de promouvoir les fonctions oro-motrices, les vocalisations et le langage dans les activités quotidiennes. [B]

La lecture de différentes recommandations donne des informations concrètes sur les outils d'évaluation conseillés, des modalités d'intervention (début, intensité, contenu) et permet de confronter le plan d'action aux bonnes pratiques validées scientifiquement.

Conclusion

En orthophonie, l'articulation recherche-clinique doit être davantage renforcée, particulièrement dans les pays francophones. L'EBP en général et les RPC en particulier ont certainement un rôle à jouer dans cette intégration en tissant des liens entre les données issues de la recherche (*evidence-based practice*), de la clinique (*practice-based evidence*) et les réalités du terrain. Les RPC construites à partir d'une question clinique émergeant du terrain puis étayées selon une méthodologie rigoureuse doivent ensuite être diffusées et exploitées par praticiens.

Actuellement, les RPC semblent peu connues mais elles feront sans doute partie des réflexes professionnels de demain. Pour que cela soit possible, il faut d'une part démontrer aux cliniciens le potentiel de ces RPC mais aussi poursuivre le

développement de RPC de qualité dans le domaine de l'orthophonie mais aussi pour des thématiques multidisciplinaires pour lesquelles un orthophoniste est appelé à intervenir. Enfin, il faudra veiller à évaluer l'impact de ces RPC pour vérifier si elles remplissent effectivement leurs objectifs, si elles conduisent à des changements de pratique et à une amélioration des soins.

Liste des références bibliographiques

American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Evidence-based practice in communication disorders* [Position statement]. Retrieved from http://www.asha.org/docs/html/PS2005-00221.html

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation. *Canadian Medical Association Journal, 182*, E839-842.

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (2009). *A framework for ethical practice in speech and language therapy*. Retrieved from http://www.cplol.eu/images/Documents/ethical_practice_en_2009.pdf
Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Durieux, N., Vandenput, S., & Pasleau, F. (2013). Médecine factuelle: La hiérarchisation des preuves par le Centre for Evidence-Based Medicine d'Oxford. *Revue Médicale de Liège, 68*, 644-649.

Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine* (4th ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.

Guyatt, G., Haynes, B., Jaeschke, R., Meade, M. O., Wilson, M., Montori, V., & Richardson, S. (2008). The philosophy of evidence-based medicine. In G. Gyuatt, R. Drummond, M. O. Meade, & D. J. Cook (Eds.), *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice* (2nd ed., pp. 9-16). New York, NY: McGraw Hill Medical.

Guyatt, G., Akl, E. A., Hirsh, J., Kearon, C., Crowther, M., Gutterman, D., Schünemann, H. (2010). The vexing problem of guidelines and conflict of interest: A potential solution. *Annals of Internal Medicine, 152*, 738-741.

Hoffmann, T., & Buchan, H. (2013). Clinical practice guidelines. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed., pp. 313-327). Sydney, Australia: Churchill Livingstone.

Institute of Medicine of the National Academies, & Field, M. J., Lohr, K. N. (Eds.) (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, WA: National Academy Press.

Institute of Medicine of the National Academies, & Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., Greenfield, S., Steinberg, E. (Eds). (2011). Clinical practice guidelines we can trust. Washington, WA: The National Academies Press.

OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The 2011 Oxford Levels of Evidence*. Retrieved from http://www.cebm.net/index.aspx?o=5513

Olswang, L. B., & Bain, B. (1994). Data collection: Monitoring children's treatment progress. *American Journal of Speech Language Pathology*, *3*, 55-66.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71-72.

Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (4th ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone Elsevier.

van Driel, M., & Chevalier, P. (2008). *Glossaire: Evidence-based medicine* (2nd ed.). Gand, Belgique: Minerva